

## GAMBARAN PILIHAN PERSALINAN OLEH TENAGA NON KESEHATAN/ TANPA PERTOLONGAN DI INDONESIA

*Description of Delivery Preferences by Traditional Birth Attendants/None in Indonesia*

Asep Hermawan<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan,  
Badan Litbang Kesehatan  
Jalan Percetakan Negara No. 29, Jakarta

Naskah masuk 3 Mei 2017; review 30 Mei 2017; disetujui terbit 22 Juni 2017

### **Abstract**

**Background:** Delivery by health personnel is an attempt to reduce maternal and infant mortality. However, delivery by non-health workers is still high, especially in some provinces and districts in Indonesia.

**Objective:** In order to obtain an overview of delivery by traditional birth attendant/none and the influential factors

**Method:** This cross-sectional study used the 2013 Basic Health Research (Riskesdas) data and routine data from Board of Development and Empowerment Human Resources for Health (BPPSDMK), Ministry of Health. Data were analyzed bivariately by using generalized linear models (GLM).

**Results:** The results of the analysis showed that the delivery by traditional birth attendant or none is still high in eastern Indonesia, especially in remote areas, islands, and borders. Bivariate tests showed that low education, low socioeconomic status and travel time to health facility had significant effect ( $p < 0.05$ ) to the high rate of proportion of deliveries by non-health workers. However, the ratio of midwives per 1000 population was vice versa.

**Conclusion:** Low education, low socioeconomic status, and travel time to health facilities affect the choice of traditional birth (with the help of traditional birth attendant, relatives or no assistance at all).

**Keyword:** delivery, traditional birth attendant, non-health personnel

### **Abstrak**

**Latar belakang:** Persalinan oleh tenaga kesehatan merupakan upaya untuk menurunkan angka kematian maternal dan bayi. Namun, persalinan oleh tenaga non kesehatan/tanpa pertolongan masih tinggi terutama di beberapa provinsi dan kabupaten di Indonesia.

**Tujuan:** Untuk memperoleh gambaran persalinan oleh tenaga non kesehatan/tanpa pertolongan dan faktor yang mempengaruhinya.

**Metode:** Desain penelitian ini adalah potong lintang menggunakan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 dan data rutin Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDMK) Kementerian Kesehatan. Data dianalisis secara bivariat menggunakan *generalized linear model* (GLM).

**Hasil:** Hasil analisis menunjukkan bahwa persalinan oleh tenaga non kesehatan atau tanpa pertolongan masih tinggi di Kawasan Timur Indonesia terutama di Daerah Terpencil, Kepulauan, dan Perbatasan (DTPK). Uji bivariat menunjukkan bahwa pendidikan rendah, status sosial ekonomi yang rendah dan waktu tempuh ke faskes berpengaruh signifikan (nilai  $p < 0,05$ ) terhadap tingginya angka proporsi persalinan oleh tenaga non kesehatan. Namun rasio bidan per 1000 penduduk, berlaku sebaliknya.

**Kesimpulan:** Pendidikan rendah, status sosial ekonomi rendah, dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan berpengaruh terhadap pilihan persalinan tradisional (dengan bantuan dukun, kerabat atau tanpa bantuan sama sekali).

**Kata kunci:** persalinan, persalinan oleh dukun, tenaga non kesehatan

## PENDAHULUAN

Salah satu upaya untuk mengurangi angka mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi baru lahir adalah dengan memastikan kelahiran bayi dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih, terakreditasi seperti bidan, dokter atau perawat, yang telah dididik dan dilatih untuk menguasai keterampilan yang dibutuhkan untuk mengelola kehamilan normal (tanpa komplikasi), dan masa nifas, serta mampu melakukan identifikasi, manajemen dan rujukan komplikasi pada Ibu dan bayi baru lahir.<sup>1</sup> Upaya ini diinisiasi *World Health Organization* (WHO) sejak 1987 di Nairobi Kenya melalui *Safe Motherhood Initiative* untuk meningkatkan upaya bagi kesehatan ibu (*safe motherhood*).<sup>2</sup> Pada tahun 2000, Deklarasi *Milenium Development Goals* (MDGs), diadopsi oleh 189 negara serta ditandatangani oleh 147 kepala pemerintahan (termasuk Indonesia) dan kepala negara pada saat Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium di New York, menyepakati bahwa persalinan yang ditolong oleh tenaga tenaga kesehatan terlatih menjadi salah satu indikator keberhasilan peningkatan derajat kesehatan ibu.<sup>3</sup>

Upaya Kementerian Kesehatan untuk mewujudkan konsep *Safe Motherhood Initiative* diantaranya melakukan kebijakan program bidan desa yang bertujuan untuk memastikan setiap ibu hamil bisa melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan. Kebijakan ini tertuang dalam Surat Edaran Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat No. 429/Binkesmas/DJ/III/89

tanggal 29 Maret 1989.<sup>4</sup> Upaya pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui program desa siaga, tabungan ibu bersalin (tabulin) dan dana sosial ibu bersalin (dasolin). Program ini dilakukan untuk meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam mendukung ibu hamil seperti mengatur transportasi ibu hamil ke fasilitas kesehatan (faskes), membantu program pendanaan (tabulin dan dasolin) saat melahirkan dan kemudahan dalam mencari donor darah jika dibutuhkan.<sup>5,6</sup> Secara finansial, komitmen pemerintah Indonesia diwujudkan dengan pemberian jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan gratis termasuk pelayanan *antenatal care*, persalinan, dan *postnatal care* bagi ibu dan bayi.<sup>7</sup> Pada tahun 2008, dikembangkan program kemitraan bidan dan dukun untuk meningkatkan akses ibu dan bayi terhadap pelayanan kebidanan berkualitas. Suatu program bentuk kerjasama bidan dengan dukun yang saling menguntungkan dengan prinsip keterbukaan, kesetaraan, dan kepercayaan dalam upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi, dengan menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan mengalih-fungsikan dukun dari penolong persalinan menjadi mitra dalam merawat ibu dan bayipada masa nifas, dengan berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat antara bidan dengan dukun, serta melibatkan seluruh unsur/elemen masyarakat yang ada.<sup>8</sup>

\* Corresponding author  
(Email: kang.asep007@gmail.com; kang.asep212@yahoo.co.id)

Keberhasilan upaya pemerintah dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak dapat dilihat dari peningkatan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (linakes) di Indonesia. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dianggap memenuhi persyaratan steril dan aman, karena apabila ibu mengalami komplikasi persalinan maka penanganan atau pertolongan pertama pada rujukan dapat segera dilakukan.<sup>1</sup> Secara nasional persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih meningkat yaitu dari 40,7 persen pada tahun 1990, 66,7 persen pada 2002, 77,34 persen pada 2007 dan pada tahun 2009 yaitu 75,4 persen, 82,2 persen pada tahun 2010 dan terus meningkat menjadi 87,1 persen pada 2013. Demikian pula, angka persalinan di fasilitas kesehatan meningkat dari 55,4 persen pada 2010 menjadi 66,7 persen pada tahun 2013.<sup>9,10</sup> Walaupun demikian, angka persalinan oleh dukun/keluarga dan tanpa pertolongan di beberapa provinsi masih tinggi. Secara nasional angka persalinan oleh dukun pada 2013 sebesar 10,9 persen, keluarga/lainnya 3,0 persen dan tanpa pertolongan 1,1 persen.<sup>9</sup>

Menurut Suparlan seperti dikutip Anggorodi,<sup>11</sup> dukun bayi adalah mereka yang memberi pertolongan pada waktu kelahiran atau dalam hal-hal yang berhubungan dengan pertolongan persalinan. Handayani menjelaskan bahwa dukun tidak hanya berperan pada saat pertolongan persalinan,<sup>12</sup> namun juga perawatan pasca persalinan dan pelaksanaan budaya/kepercayaan. Perawatan pasca bersalin oleh dukun dilakukan sampai dengan puput pusar setiap hari dengan kunjungan pagi dan sore. Dukun juga merawat bayi memandikan dan merawat tali pusat juga merawat ibu. Selain itu, dukun bayi umumnya dipercaya dapat memberikan kekuatan spiritual melalui doa-doa, mantra, dan ritual-ritual adat yang dilakukannya, sehingga memberikan rasa nyaman dan aman pada ibu yang akan melahirkan.

Beberapa studi menyimpulkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pilihan persalinan dukun. Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Titaley menyebutkan bahwa kemiskinan, akses terhadap pelayanan mencakup jarak yang jauh, waktu tempuh, dan ketersediaan bidan.<sup>13</sup> Persepsi salah tentang pelayanan bidan yang dinyatakan sebagai pelayanan hanya untuk ibu yang mengalami komplikasi, riwayat persalinan dengan komplikasi, dan ketidakpercayaan pada bidan desa yang rata-rata masih muda dibandingkan dengan dukun, berpengaruh terhadap pilihan persalinan. Studi yang dilakukan oleh Amalia di Gorontalo menyebutkan bahwa tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu, jarak ke tempat pelayanan kesehatan sosial budaya, dan pendapatan keluarga berpengaruh terhadap pemilihan penolong persalinan.<sup>14</sup> Literatur lain menjelaskan bahwa akses terhadap pelayanan dipengaruhi oleh ketersediaan pelayanan kesehatan, atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan (waktu tempuh, jarak tempuh, dan kondisi di pelayanan kesehatan, seperti jenis pelayanan, tenaga kesehatan yang tersedia dan jam buka), status sosial ekonomi masyarakat dan tingkat pendidikan, serta sikap dan pengetahuan tentang pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.<sup>15,16,17,18,19,20</sup>

Hasil penelitian tentang pengaruh rasio tenaga kesehatan terhadap indikator kesehatan masyarakat (angka kematian ibu) menunjukkan hasil dan konklusi yang berbeda. Penelitian Robinson dan Wharrad menunjukkan bahwa rasio perawat (termasuk bidan dalam data PBB) memiliki pengaruh positif terhadap kematian ibu.<sup>21</sup> Secara agregat sumber daya manusia kesehatan (dokter, perawat, dan bidan bersama-sama) berpengaruh signifikan terhadap penurunan angka kematian ibu, bayi, dan balita setelah dikontrol dengan variabel lain yang digunakan untuk menjelaskan ketiga hasil kesehatan tersebut.<sup>22</sup>

Artikel ini bertujuan untuk memperoleh gambaran hubungan pendidikan ibu yang rendah, status sosial ekonomi yang rendah, dan aksesibilitas terhadap fasilitas kesehatan dan rasio bidan dengan persalinan oleh tenaga non kesehatan (dukun, keluarga/lainnya dan tanpa pertolongan) di Indonesia menggunakan data Riskesdas 2013.

## METODE

Sumber data penelitian ini menggunakan data Riskesdas 2013 dengan unit analisis Kabupaten/Kota. Riskesdas 2013 dilakukan di seluruh provinsi (33 provinsi) dan semua kabupaten (497 kabupaten) pada periode Mei-Juni 2013. Riskesdas 2013 adalah sebuah survei dengan desain potong lintang. Jumlah sampel dihitung untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Indonesia, yang terwakili oleh penduduk di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota, dengan sampel 300.000 rumah tangga terpilih di seluruh Indonesia.<sup>9</sup>

Data persalinan diperoleh melalui wawancara kepada responden (ibu) yang pernah melahirkan sejak 3 tahun sebelum survei yaitu kehamilan yang berakhir mulai 1 Januari 2010 sampai dengan saat wawancara (Juni 2013). Informasi penolong persalinan dikumpulkan melalui wawancara kepada ibu anggota rumah tangga.<sup>23</sup> Variabel dependen penelitian ini adalah persentase persalinan yang ditolong oleh dukun, keluarga lainnya dan tanpa pertolongan, variabel independen aksesibilitas faskes (waktu tempuh ke puskesmas atau praktek bidan terdekat), tingkat pendidikan ibu, status sosial ekonomi (kuintil indeks kepemilikan), rasio bidan per 1000 penduduk di wilayah kabupaten (diperoleh dari data rutin BPPSDMK).

Unit analisis penelitian ini adalah kabupaten/kota. Data variabel dependen

persalinan oleh dukun keluarga/lainnya dan tanpa pertolongan merupakan data individu Riskesdas 2013, yang kemudian diagregatkan menjadi data persentase pertolongan oleh dukun, keluarga/lainnya dan tanpa pertolongan tiap kabupaten/kota. Data pendidikan adalah data tingkat pendidikan ibu yang paling rendah yaitu tidak sekolah/tidak tamat SD. Data kemudian diagregatkan ke tingkat kabupaten/kota dalam bentuk persentase WUS yang tidak sekolah/tamat SD. Demikian pula untuk memperoleh data persentase RT dengan sosial ekonomi rendah dengan cara mengagregatkan data status sosial pada kuintil indeks kepemilikan rendah dan sangat rendah sehingga diperoleh persentase rumah tangga (RT) yang dengan sosial ekonomi rendah kebawah.

Persentase aksesibilitas ke fasilitas kesehatan lebih dari 15 menit dibuat dengan proksi waktu tempuh ke Puskesmas atau praktek bidan terdekat. Demikian pula data jumlah bidan yang berasal data rutin BPPSDMK, merupakan data tiap fasilitas kesehatan (faskes) pemerintah, kemudian diagregatkan untuk memperoleh data total jumlah bidan di kabupaten tersebut. Data jumlah penduduk diperoleh dari Lampiran 1 Buku Induk Kode dan Data Wilayah Administrasi Pemerintahan Per Provinsi, Kabupaten/Kota dan Kecamatan Seluruh Indonesia.<sup>24</sup> Data kemudian dibagi jumlah penduduk pada 2013 kemudian dikalikan 1000, sehingga diperoleh data rasio bidan per 1000 penduduk tiap kabupaten/kota. Data kemudian digabung menjadi *dataset* dan siap dianalisis. Data kemudian dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan *generalized linear model* (GLM).

## HASIL

Deskripsi variabel dependen dan independen disajikan pada Tabel 1. Persalinan oleh dukun, keluarga/lainnya maupun tanpa pertolongan, paling banyak di Kawasan

Timur Indonesia, yaitu *region* Maluku dan Papua. Proporsi WUS yang tidak sekolah/tidak tamat SD merata di semua *region*, namun Papua, Nusa Tenggara, dan Kalimantan merupakan *region* dengan proporsi yang paling tinggi. Papua, Maluku, dan Nusa Tenggara juga merupakan *region* dengan proporsi rumah tangga dengan jarak ke fasilitas layanan kesehatan (puskesmas dan bidan praktek) lebih dari 15 menit paling

banyak. Demikian juga, indikator kemampuan sosial ekonomi rendah yang diwakili oleh kuintil indeks kepemilikan rendah kebawah terbanyak di *region* Papua, Maluku dan Nusa Tenggara. Hal ini tidak konsisten dengan rasio bidan per 1000 penduduk yaitu paling tinggi di *region* Nusa Tenggara dan Kalimantan dan yang terendah di *region* Jawa-Bali.

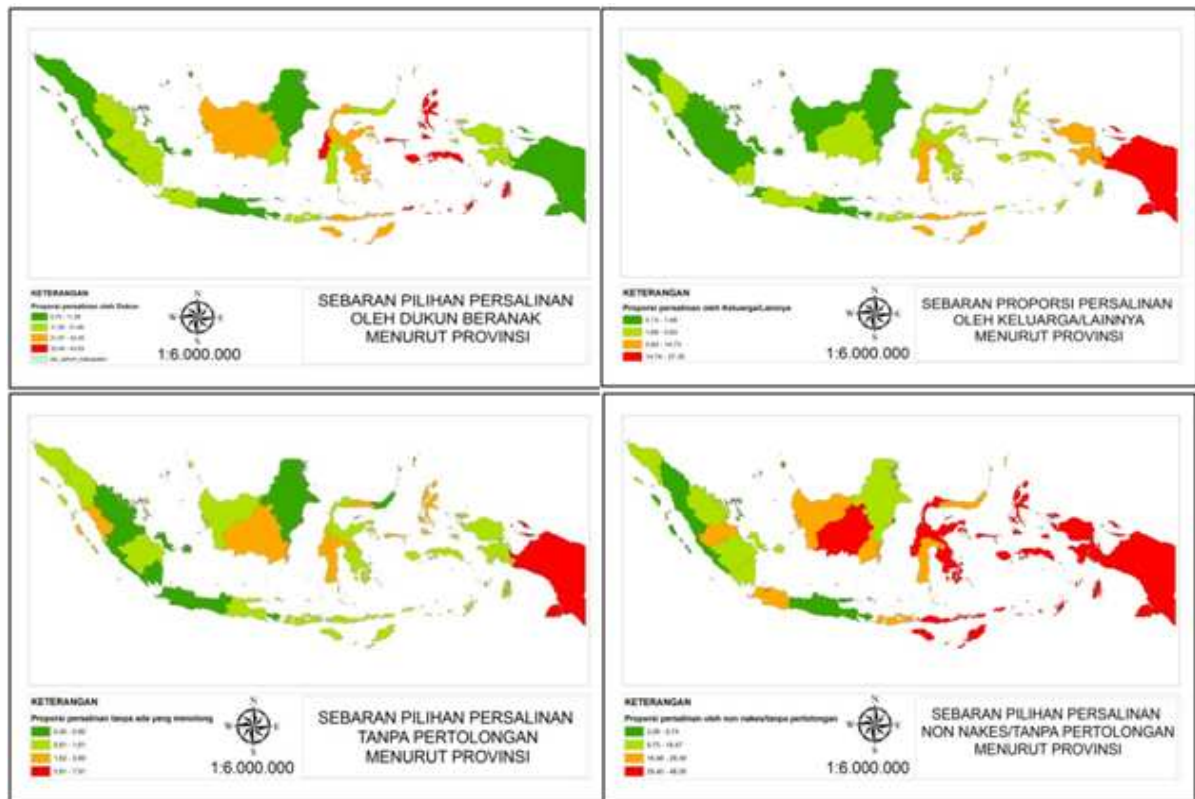
**Tabel 1.** Rerata proporsi variabel dependen dan independen menurut *region*

Variabel	Sumatera (N= 151)	Jawa & Bali (N=127)	Nusa Tenggara (N=31)	Kalimantan (N=55)	Sulawesi (N=73)	Maluku (N=20)	Papua (N=40)
- Persalinan oleh dukun	11,65	7,73	20,92	23,95	24,75	45,41	14,33
- Persalinan oleh keluarga/lainnya	1,76	1,60	7,07	1,88	5,32	4,59	29,84
- Persalinan tanpa ada yang menolong	0,88	0,83	1,54	1,39	1,76	1,96	6,87
- Persalinan oleh tenaga nonkesehatan	14,30	10,16	29,53	27,22	31,83	51,95	51,03
- Proporsi WUS yang tidak sekolah/tidak tamat SD	34,17	39,68	49,30	45,19	39,25	37,84	51,28
- Proporsi RT dengan jarak ke faskes > 15 menit	43,79	27,57	79,42	58,37	67,94	80,26	89,43
- Proporsi kuintil indeks kepemilikan rendah ke bawah	37,39	31,61	72,68	41,30	47,36	65,21	77,63
- Rasio bidan per 1000 penduduk	0,97	0,42	1,07	1,04	0,61	0,70	0,72

Persalinan oleh dukun, keluarga/lainnya dan tanpa pertolongan menurut provinsi dapat dilihat pada Gambar 1. Sebanyak 32,46-43,03 persen WUS di Provinsi Maluku dan Sulawesi Barat lebih memilih pertolongan dukun. Kebanyakan WUS di provinsi Papua memilih persalinan dengan dibantu oleh keluarga atau kerabatnya atau bahkan tanpa ditolong sama sekali. Secara agregat, persalinan non tenaga kesehatan (nakes) di provinsi Kawasan Timur Indonesia seperti Papua, Maluku, Sulawesi Tenggara dan Barat, Kalimantan Tengah dan Selatan serta NTT memiliki proporsi lebih tinggi (>29,4%)

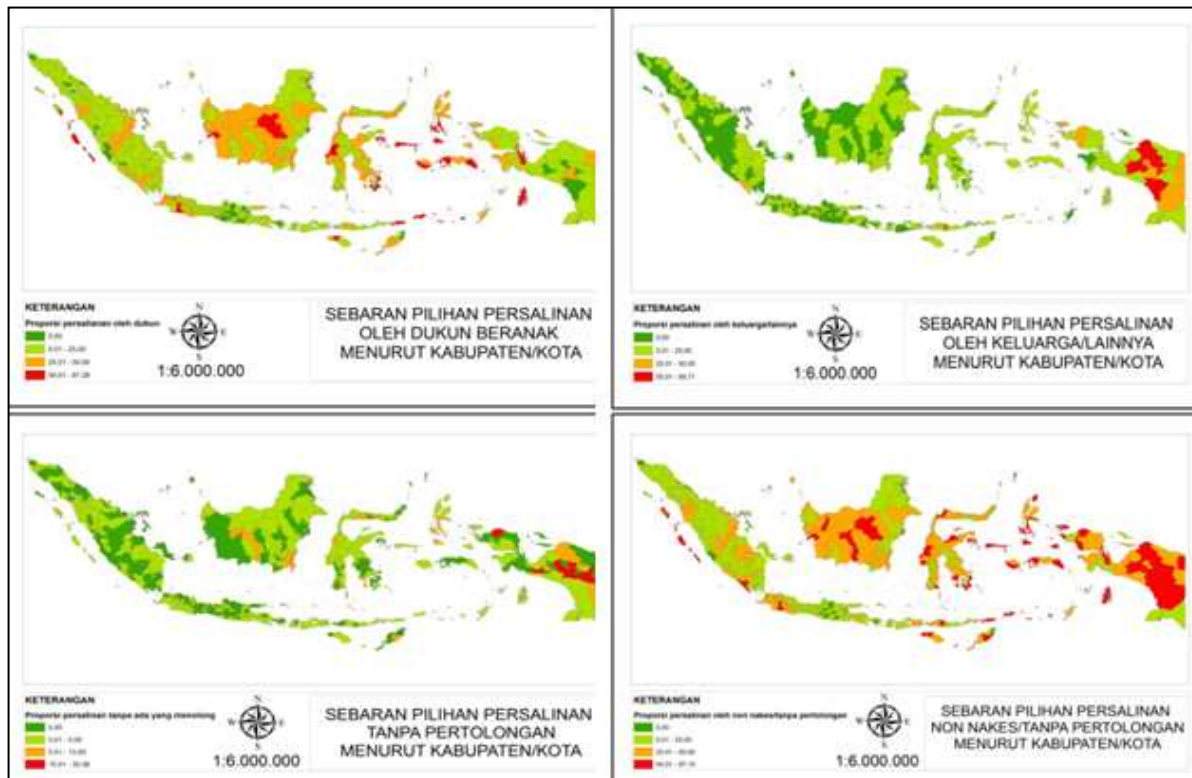
dibandingkan dengan kawasan Indonesia lainnya

Hampir semua kabupaten di provinsi Maluku dan Maluku Utara memiliki proporsi persalinan dengan bantuan dukun yang tinggi (di atas 25%). Namun, jika dilihat berdasarkan kabupaten/kota, proporsi persalinan oleh dukun menyebar hampir di semua *region*, termasuk Jawa-Bali. Hal menarik, pertolongan persalinan oleh dukun di provinsi Papua cukup rendah (< 25%). Hal ini disebabkan WUS di Papua lebih memilih untuk penolong persalinan dari keluarga atau kerabat bahkan tanpa pertolongan (Gambar 2).



Sumber: Kalkulasi penulis menurut hasil Riskesdas 2013

**Gambar 1.** Pilihan persalinan oleh tenaga non kesehatan dan tanpa pertolongan menurut provinsi



Sumber: Kalkulasi penulis menurut hasil Riskesdas 2013

**Gambar 2.** Pilihan persalinan oleh tenaga non kesehatan dan tanpa pertolongan menurut provinsi

Analisis bivariat dilakukan untuk menilai hubungan antara variabel dependen dan independen. Analisis menggunakan *generalized linear model* (GLM). Hal ini dilakukan karena variabel dependen dan kebanyakan variabel independen tidak berdistribusi normal. Menurut Jong & Heller, GLM tidak mengharuskan asumsi kenormalan dari variabel respon dan juga tidak mengharuskan kehomogenan dari variannya.<sup>25</sup> Hasil analisis menunjukkan bahwa proporsi WUS tidak sekolah atau tidak tamat SD, proporsi RT dengan waktu tempuh ke Puskesmas/atau praktek bidan >15 menit dan proporsi RT dengan status sosial ekonomi rendah kebawah memiliki korelasi yang signifikan (nilai  $p < 0,05$ ) terhadap proporsi persalinan dukun, keluarga dan keseluruhan persalinan yang ditolong oleh non nakes/tanpa pertolongan. Sedangkan,

variabel rasio bidan per 1000 penduduk tidak berpengaruh signifikan (nilai  $p > 0,05$ ) terhadap baik terhadap proporsi persalinan dukun, proporsi persalinan tanpa pertolongan, keluarga dan keseluruhan persalinan yang ditolong oleh non nakes/tanpa pertolongan. Proporsi persalinan tanpa pertolongan hanya dipengaruhi oleh proporsi RT dengan status sosial ekonomi rendah ke bawah (nilai  $p < 0,05$ ) (Tabel 3).

Grafik *scatter plot* menunjukkan korelasi positif antara variabel-variabel independen terhadap variabel dependen (Gambar 3, 4, 5, dan 6), kecuali variabel rasio bidan per 1000 penduduk yang menunjukkan korelasi negatif yaitu semakin tinggi rasio bidan per 1000 penduduk semakin rendah persalinan oleh dukun, keluarga/lainnya dan tanpa pertolongan dan ketiganya.

**Tabel 2.** Hubungan karakteristik responden dengan proporsi persalinan oleh dukun dan keluarga lainnya, tanpa pertolongan, dan ketiganya

Variabel independen	Proporsi persalinan dukun		Proporsi persalinan keluarga/lainnya		Proporsi persalinan tanpa pertolongan		Proporsi persalinan ketiganya	
	Nilai p	OR* (95% CI**)	Nilai p	OR (95% CI)	Nilai p	OR (95% CI)	Nilai p	OR (95% CI)
- Proporsi WUS tidak sekolah atau tidak tamat SD	0,00	1,04 (1,02-1,05)	0,00	1,06 (1,03-1,09)	0,101	1,04 (0,99-1,09)	0,00	1,05 (1,03-1,07)
- Proporsi RT dengan waktu tempuh ke Puskesmas/atau praktek bidan > 15 menit	0,00	1,02 (1,01-1,03)	0,00	1,05 (1,03-1,07)	0,091	0,091 (1-1,05)	0,00	1,03 (1,02-1,04)
- Proporsi RT dengan status sosial ekonomi rendah kebawah	0,00	1,03 (1,02-1,04)	0,00	1,05 (1,03-1,07)	0,036	0,036 (1-1,06)	0,00	1,04 (1,03-1,05)
- Rasio bidan per 1000 penduduk	0,46	0,88 (0,62-1,24)	0,54	0,8 (0,39-1,64)	0,912	0,912 (0,39-2,33)	0,323	0,86 (0,63-1,16)

\* OR: Odds Ratio; \*\* CI: Confidence Interval

## PEMBAHASAN

### Tingkat Pendidikan Ibu

Hasil analisis pada penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan yang rendah memiliki korelasi signifikan (nilai  $p < 0,05$ ) terhadap pilihan persalinan oleh tenaga non

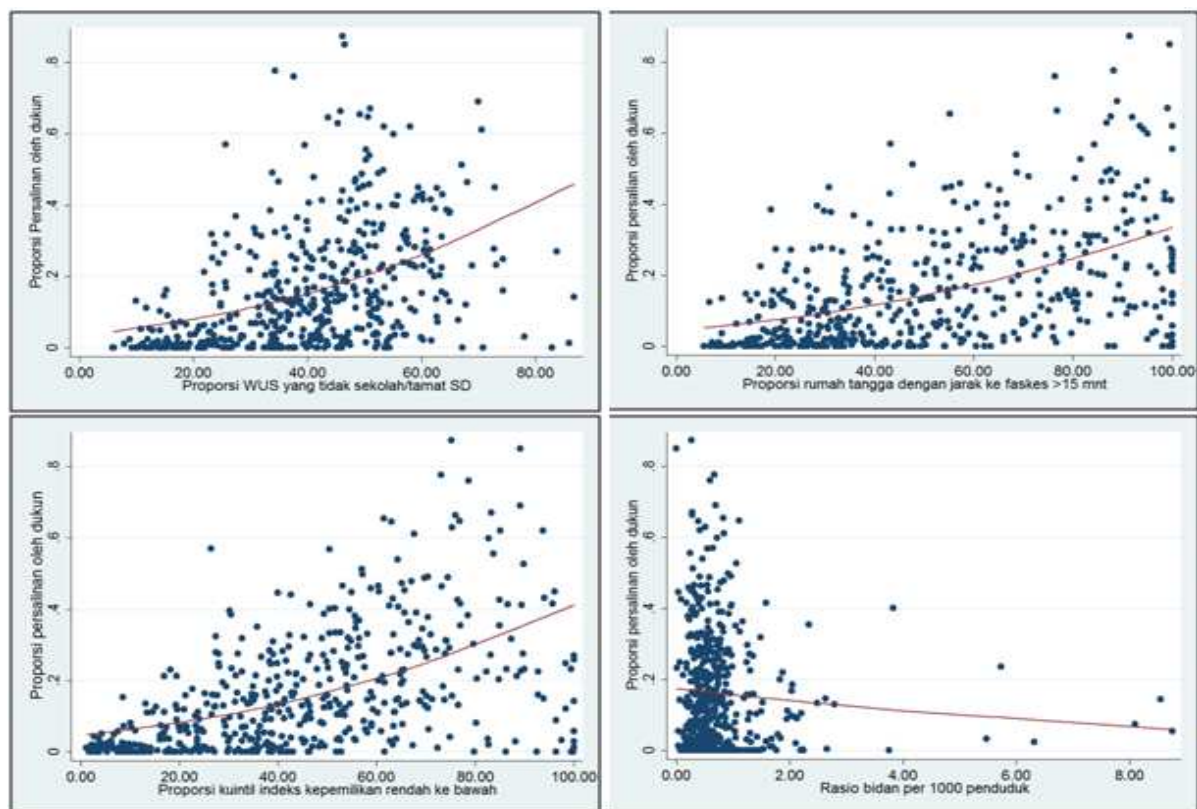
kesehatan kecuali pilihan persalinan tanpa pertolongan (nilai  $p = 0,05$ ). Hasil ini memperkuat penelitian-penelitian sebelumnya yang menunjukkan ada hubungan bermakna antara pendidikan dan pilihan pertolongan persalinan.<sup>11,14,26,27</sup> Ibu berpendidikan tinggi diharapkan akan memiliki otonomi yang lebih baik dalam



pengambilan keputusan yang berkaitan dengan biaya rumah tangga termasuk kesehatan.

Tingkat pendidikan ibu secara konsisten sangat berpengaruh terhadap semua perilaku kesehatan.<sup>28</sup> Tingkat pendidikan dapat menentukan akses ibu terhadap pengetahuan tentang manfaat perawatan kesehatan preventif dan penggunaan pelayanan kesehatan, lebih mudah untuk menerima informasi kesehatan baru, lebih mudah tersosialisasi dengan layanan formal di luar lingkungan rumah, lebih mudah menerima budaya medis modern. Hal lain adalah

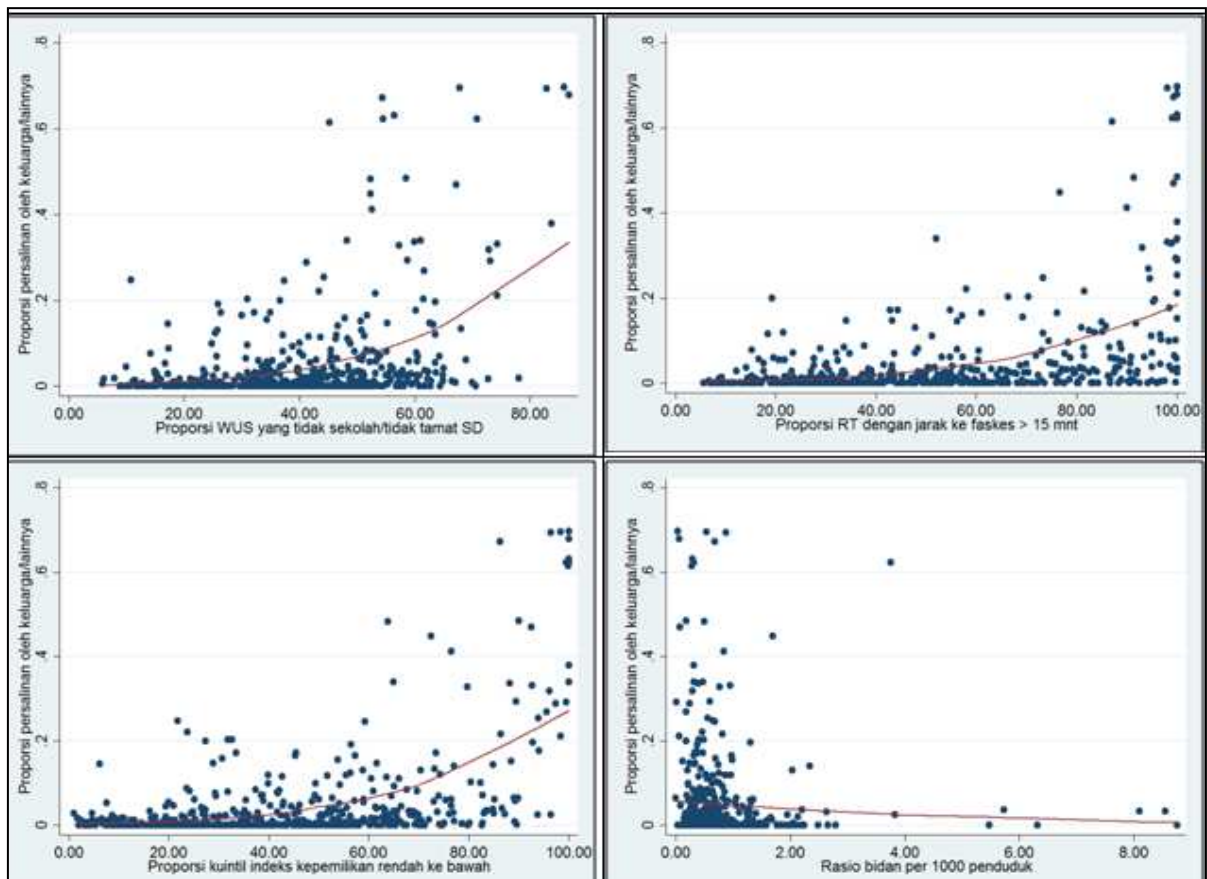
kemudahan akses ke sumber daya keuangan dan asuransi kesehatan, kontrol lebih besar atas sumber daya di dalam rumah tangga dengan pengeluaran yang bijaksana, hubungan yang lebih egaliter dan komunikasi yang lebih baik dengan suami, lebih mandiri dalam mengambil keputusan, meningkatkan kepercayaan diri, memiliki *coping skill* dan negosiasi yang lebih baik sehingga mampu mengurangi perbedaan kekuasaan terhadap antara penyedia jasa layanan. Dengan demikian mampu menuntut pelayanan kesehatan yang memadai dari pemberi layanan kesehatan.<sup>29,30</sup>



Sumber: Kalkulasi penulis menurut hasil Riskesdas 2013 dan data BPPSDMK 2013

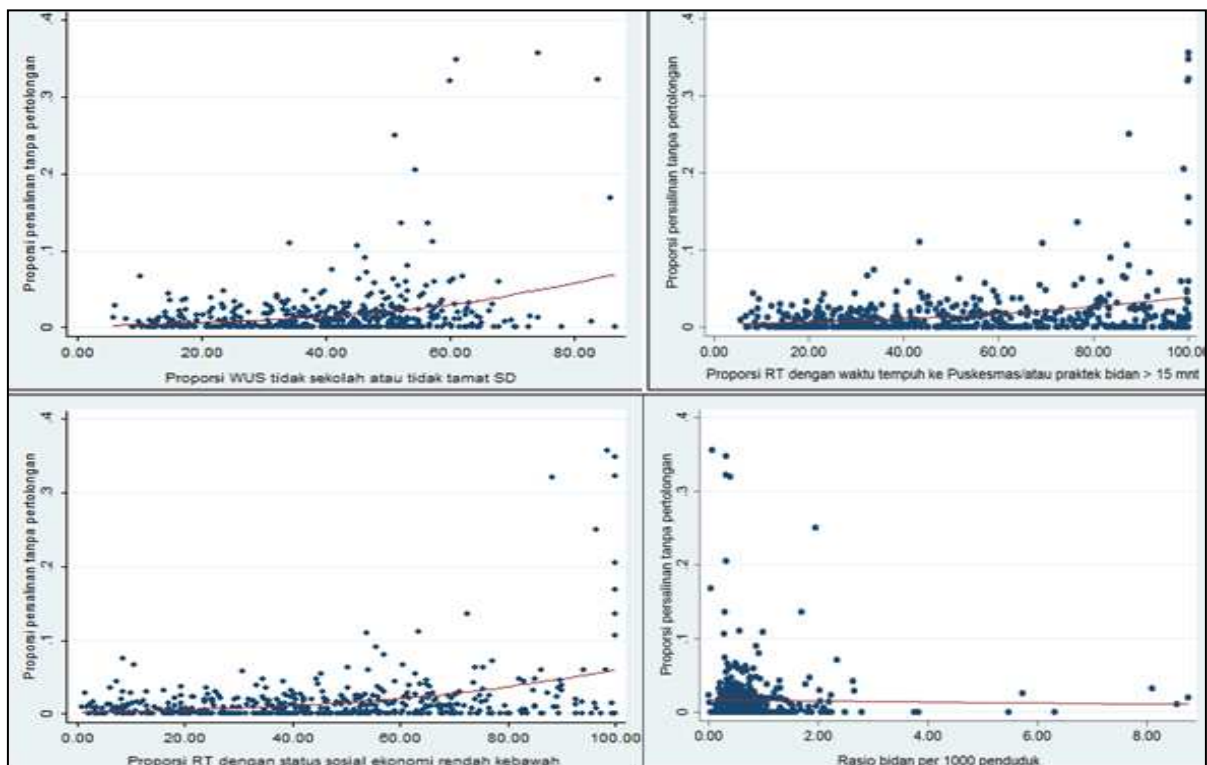
**Gambar 3.** Korelasi antara variabel independen (x) terhadap persalinan oleh dukun





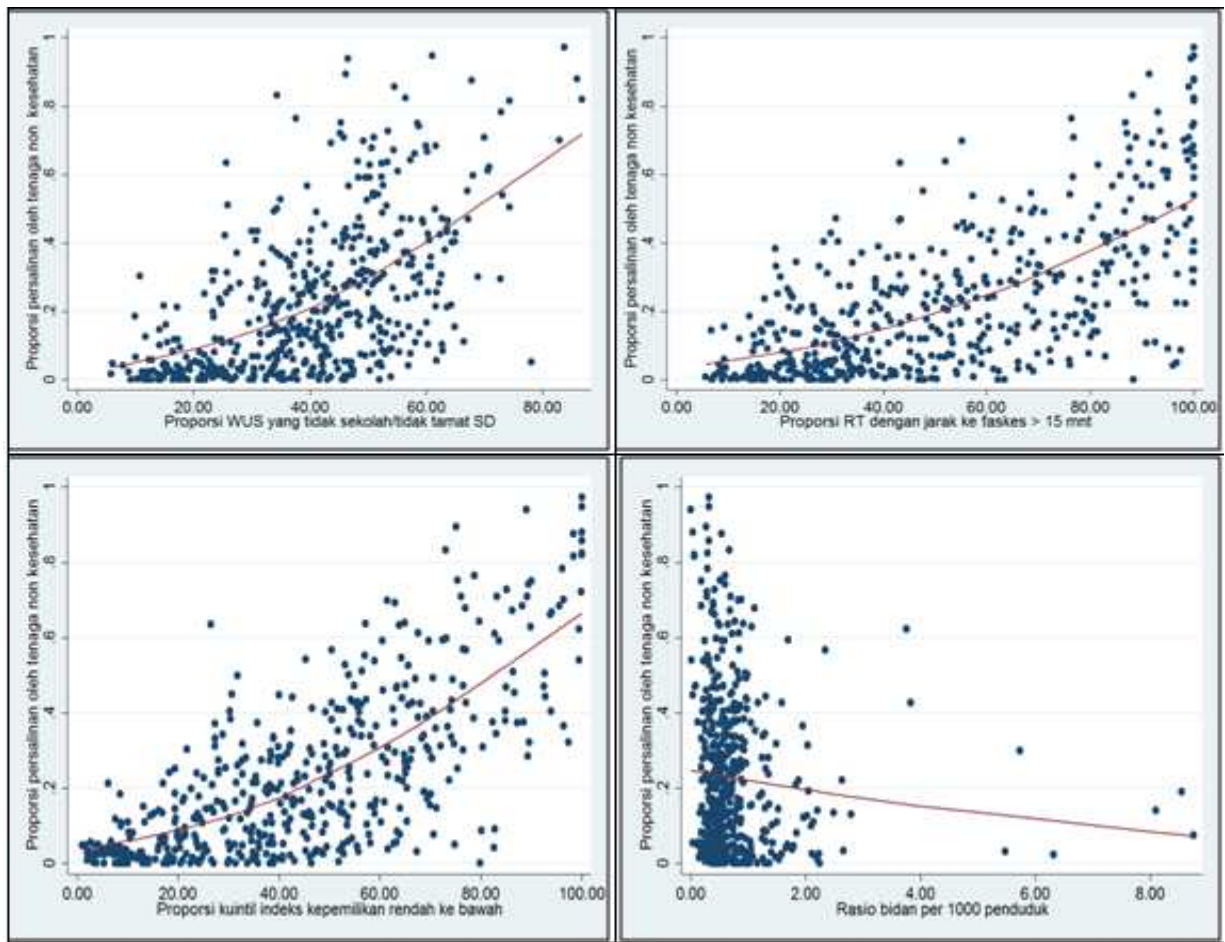
Sumber: Kalkulasi penulis menurut hasil Riskesdas 2013, data BPPSDMK 2013

**Gambar 4.** Korelasi antara variabel independen (x) terhadap persalinan oleh keluarga/lainnya.



Sumber: Kalkulasi penulis menurut hasil Riskesdas 2013, data BPPSDMK 2013

**Gambar 5.** Korelasi antara variabel independen (x) terhadap persalinan tanpa pertolongan



Sumber: Kalkulasi penulis menurut hasil Riskesdas 2013, data BPPSDMK 2013

**Gambar 6.** Korelasi antara variabel independen (x) terhadap persalinan oleh tenaga non kesehatan/tanpa pertolongan

### Status sosial ekonomi

Pada Riskesdas 2013, status sosial ekonomi diukur melalui kepemilikan barang-barang berharga. Status sosial ekonomi adalah determinan kuat terhadap persalinan oleh tenaga kesehatan maupun utilitas fasilitas pelayanan kesehatan dan sering diukur dalam suatu penelitian yang berkaitan dengan indikator kesehatan masyarakat.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa status sosial ekonomi yang rendah berpengaruh signifikan (nilai  $p < 0,05$ ) terhadap keseluruhan persalinan oleh non nakes baik oleh dukun, keluarga/lainnya, tanpa pertolongan dan ketiganya. Hasil ini memperkuat analisis sebelumnya, analisis Maureen Meyhew menunjukkan bahwa OR

persalinan oleh tenaga kesehatan oleh ibu pada kuintil paling kaya dibandingkan dengan kuintil paling miskin adalah 6,3 (95% CI = 4,4-8,9).<sup>31</sup> Sebaliknya ibu kelompok pendapatan tinggi memiliki peluang lebih tinggi untuk memanfaatkan tenaga kesehatan terlatih pada saat melahirkan dibandingkan dengan ibu dari kelompok pendapatan rendah.<sup>15,17,18</sup> Secara kualitatif Titaley menyebutkan bahwa kemiskinan mempengaruhi pilihan persalinan oleh dukun bayi.<sup>13</sup>

### Aksesibilitas Terhadap Fasilitas Kesehatan

Akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas sangat penting untuk

meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, jarak yang jauh atau harga layanan tidak terjangkau atau fasilitas kurang bisa diakses, dan hambatan budaya mempengaruhi akses ini. Beberapa hal yang bisa menghambat akses terhadap hal ini diantaranya jarak yang jauh, harga layanan tidak terjangkau, fasilitas kurang bisa diakses karena beberapa alasan seperti jam kehadiran tenaga kesehatan yang tidak menentu, perilaku yang kurang ramah terhadap pelanggan, dan hambatan budaya.<sup>13,32</sup> Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa akses yang jauh terhadap fasilitas kesehatan (bidan dan puskesmas) berpengaruh pilihan persalinan oleh dukun, keluarga/lainnya, dan keseluruhan persalinan yang ditolong oleh non nakes (nilai  $p < 0,05$ ). Penelitian ini mempertegas penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa perbedaan geografis (jarak atau waktu tempuh dengan fasilitas) berhubungan dengan utilitas tenaga persalinan terlatih. Ibu yang memiliki kemudahan akses jarak dari rumah tangga ke fasilitas itu lebih dekat berpeluang lebih tinggi untuk melahirkan pada tenaga persalinan.<sup>31</sup>

### Rasio bidan per 1000 penduduk

Rasio tenaga kesehatan dasar didefinisikan sebagai rasio dokter, perawat dan bidan per 1000 penduduk.<sup>33</sup> Data *World Health Statistics* (WHS) pada 2009 dan data tenaga kesehatan dari negara ASEAN menunjukkan bahwa densitas tenaga kesehatan dasar (dokter, perawat dan bidan) di Indonesia berada di bawah ambang *threshold* WHO, yaitu 23 per 10.000 penduduk bersama dengan Vietnam, Laos, Kamboja, dan Myanmar.<sup>34</sup> Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rasio bidan tidak berpengaruh signifikan terhadap pilihan persalinan oleh dukun, keluarga/lainnya, tanpa pertolongan maupun jika diagregat menjadi pertolongan oleh non nakes. Namun, grafik *scatterplot* menunjukkan korelasi antara rasio bidan per 1000 penduduk terhadap persalinan oleh dukun, keluarga/lainnya, tanpa pertolongan

maupun jika diagregat menjadi pertolongan oleh non nakes menunjukkan korelasi yang negatif atau semakin tinggi rasio bidan per 1000 penduduk semakin rendah persalinan oleh dukun, keluarga/lainnya, tanpa pertolongan maupun pertolongan oleh non nakes. Dengan demikian, diharapkan distribusi tenaga bidan desa dapat menurunkan angka persalinan oleh non nakes.

Hasil yang menyatakan korelasi positif antara rasio bidan per 1000 penduduk dengan *outcome* derajat kesehatan antara lain penelitian yang dilakukan oleh Robinson and Wharrad yang mengolah data PBB di seluruh dunia, yang menyatakan hubungan bermakna antara densitas dokter/1000 penduduk ( $r^2 = 0,73$ ) dan perawat/1000 penduduk ( $r^2 = 0,56$ ) dengan AKI, jumlah tenaga kesehatan yang rendah berkorelasi dengan tingginya angka kematian ibu dan sebaliknya.<sup>21</sup> Demikian pula Annad dan Bärnighausen yang menggunakan data WHO dari 198 negara menunjukkan ada hubungan bermakna antara densitas dokter dengan penurunan AKI. Hasil penelitiannya menyebutkan bahwa densitas tenaga kesehatan berhubungan secara signifikan untuk angka kematian ibu, angka kematian bayi, dan angka kematian balita (dengan elastisitas mulai dari -0,474 untuk -0,212, dengan semua nilai  $p = 0,0036$ ). Elastisitas dari 3 angka kematian berhubungan dengan densitas dokter berkisar dari -0,386 untuk -0,174. Densitas perawat tidak berhubungan secara signifikan kecuali dalam regresi angka kematian ibu tanpa *income poverty* (nilai  $p = 0,0443$ ). Secara agregat, sumber daya manusia kesehatan (dokter, perawat, dan bidan bersama-sama) berpengaruh signifikan terhadap penurunan angka kematian ibu, bayi, dan balita setelah dikontrol dengan variabel lain yang digunakan untuk menjelaskan ketiga hasil kesehatan tersebut.<sup>22</sup>

## KESIMPULAN

Persalinan oleh tenaga non kesehatan (dukun atau keluarga/lainnya) atau tanpa pertolongan masih tinggi di Kawasan Timur Indonesia terutama di Daerah Terpencil, Kepulauan, dan Perbatasan (DTPK). Uji GLM menunjukkan bahwa pendidikan rendah, status sosial ekonomi yang rendah dan waktu tempuh ke faskes berpengaruh signifikan tingginya angka persentase persalinan oleh tenaga non kesehatan. Semakin tinggi rasio bidan per 1000 penduduk, semakin rendah persalinan oleh dukun dan keluarga/lainnya maupun tanpa pertolongan.

## SARAN

Perlu pendekatan komprehensif untuk meningkatkan ketersediaan dan aksesibilitas layanan perawatan kesehatan ibu dan anak di masyarakat terutama di daerah yang kurang terlayani seperti DTPK di Indonesia. Perlu penguatan terhadap strategi dalam pengentasan kemiskinan, karena akan berkontribusi meningkatkan akses dan pemanfaatan layanan perawatan kesehatan ibu dan anak. Demikian juga penyediaan dan pemeliharaan infrastruktur jalan dan fasilitas pendidikan oleh pemerintah daerah akan memperbaiki akses ke pelayanan kesehatan. Distribusi bidan dan perbaikan strategi kemitraan bidan desa-dukun berkontribusi terhadap penurunan pilihan persalinan oleh tenaga non kesehatan maupun persalinan tanpa pertolongan, sehingga upaya ini perlu ditingkatkan.

## Ucapan terima kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Badan Litbang Kesehatan yang telah mengizinkan penulis melakukan analisis data Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 dan Bapak Drs. Max Joseph Herman Apt., M.Kes

yang telah memberikan bimbingan dalam penulisan artikel ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: World Health Organization; 2004.
2. Herz B, Measham AR. The safe motherhood initiative: Proposals for action. The World Bank; 1987.
3. Sachs JD, McArthur JW. The millennium project: a plan for meeting the millennium development goals. *Lancet*. 2005;365(9456):347.
4. Prihantiningih A. Alternatif Model Komitmen Kerja Bidan Desa di Wilayah Tajurhalang 2014. *J Ilm Kesehatan*. 2015;14(1).
5. Kementerian Kesehatan. Pedoman umum pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2010. Available from: <https://www.google.co.id/search?biw=699&bih=539&q=Kementerian+Kesehatan+RI.+Pedoman+umum+pengembangan+desa+dan+kelurahan+siaga+aktif.+Jakarta%25>
6. Hill PS, Goeman L, Sofiarini R, Djara MM. “Desa SIAGA”, the “Alert Village”: the evolution of an iconic brand in Indonesian public health strategies. *Health Policy Plan*. 2013;29(4):409–20.
7. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Departemen Kesehatan RI, Jakarta. Jakarta; 2008.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun. 2008. 0-19 p.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta; 2013.
10. Departemen Kesehatan RI. Laporan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010. Badan Penelitian dan Pengembangan

- Kesehatan Depkes RI. Jakarta: Badan Litbang Kesehatan; 2010.
11. Anggorodi R. Dukun bayi dalam persalinan oleh masyarakat Indonesia. *Makara Kesehat.* 2009;13(1):9–14.
  12. Handayani L. Peran dukun bersalin tradisional dalam perawatan kehamilan, pertolongan persalinan, perawatan pascapersalinan dan kepercayaan. *Populasi.* 1994;5(2).
  13. Titaley CR, Hunter CL, Dibley MJ, Heywood P. Why do some women still prefer traditional birth attendants and home delivery?: a qualitative study on delivery care services in West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10(1):43.
  14. Amalia L. Faktor-faktor yang mempengaruhi ibu dalam pemilihan penolong persalinan. *Sainstek.* 2013;7(2).
  15. Kabakyenga JK, Östergren P-O, Turyakira E, Pettersson KO. Influence of birth preparedness, decision-making on location of birth and assistance by skilled birth attendants among women in south-western Uganda. *PLoS One.* 2012;7(4):e35747.
  16. Teferra AS, Alemu FM, Woldeyohannes SM. Institutional delivery service utilization and associated factors among mothers who gave birth in the last 12 months in Sekela District, North West of Ethiopia: A community-based cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12(1):74.
  17. Kruk ME, Prescott MR, Galea S. Equity of skilled birth attendant utilization in developing countries: financing and policy determinants. *Am J Public Health.* 2008;98(1):142–7.
  18. Ahmed S, Creanga AA, Gillespie DG, Tsui AO. Economic status, education and empowerment: implications for maternal health service utilization in developing countries. *PLoS One.* 2010;5(6):e11190.
  19. Sinay T. Access to quality health services: determinants of access. *J Health Care Finance.* 2001;28(4):58–68.
  20. Kim K, Moody PM. More resources better health? A cross-national perspective. *Soc Sci Med.* 1992;34(8):837–42.
  21. Robinson JJA, Wharrad H. The relationship between attendance at birth and maternal mortality rates: an exploration of United Nations' data sets including the ratios of physicians and nurses to population, GNP per capita and female literacy. *J Adv Nurs.* 2001;34(4):445–55.
  22. Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet.* 2004;364(9445):1603–9.
  23. Badan Litbangkes. Kementerian Kesehatan. Pedoman Pengisian Kuesioner Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta; 2013.
  24. Kementerian Dalam Negeri. Buku Induk Kode Dan Data Wilayah Administrasi Pemerintahan Per Provinsi, Kabupaten / Kota Dan Kecamatan Seluruh Indonesia [Internet]. Jakarta; 2013. 1-207 p. Available from: [http://www.kemendagri.go.id/media/filemanager/2013/05/28/b/u/buku\\_induk\\_kode\\_data\\_dan\\_wilayah\\_2013.pdf](http://www.kemendagri.go.id/media/filemanager/2013/05/28/b/u/buku_induk_kode_data_dan_wilayah_2013.pdf) 2013
  25. De Jong P, Heller GZ. Generalized linear models for insurance data. Vol. 10. Cambridge University Press Cambridge; 2008.
  26. Mrisho M, Schellenberg JA, Mushi AK, Obrist B, Mshinda H, Tanner M, et al. Factors affecting home delivery in rural Tanzania. *Trop Med Int Heal.* 2007;12(7):862–72.
  27. Amilda NL. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Pertolongan Persalinan oleh Dukun Bayi. Faculty of Medicine; 2010.
  28. Bell J, Curtis SL A. Trends in delivery care in six countries. DHS Analytical Studies No 7 20032003. Calverton, Maryland USA; 2003.
  29. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med.* 1994;38(8):1091–110.
  30. Gabrysch S, Campbell OMR. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009;9(1):34.
  31. Mayhew M, Hansen PM, Peters DH, Edward A, Singh LP, Dwivedi V, et al. Determinants of skilled birth attendant utilization in Afghanistan: a cross-sectional study. *Am J Public Health.* 2008;98(10):1849–56.

32. Frenk J, White KL. The concept and measurement of accessibility. PAHO Scientific Publication: Pan American Health Organization; 1992. 842-845 p.
33. Speybroeck N, Kinfu Y, Dal Poz MR, Evans DB. Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes. Backgr Pap Prep World Heal Rep. 2006;2006.
34. Kanchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, Hanvoravongchai P, Lorenzo FM, Huong NL, et al. Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. Lancet. 2011;377(9767):769–81.